

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**A EDUCAÇÃO PRECOCE E O DESENVOLVIMENTO DA
LINGUAGEM ORAL NO DEFICIENTE AUDITIVO**

MARISTELLA HEINEN

CURITIBA - 1986

MARISTELLA HEINEN

**A EDUCAÇÃO PRECOCE E O DESENVOLVIMENTO DA
LINGUAGEM ORAL NO DEFICIENTE AUDITIVO**

**Trabalho apresentado como
Monografia do Curso de Es-
pecialização em Educação Es-
pecial da Universidade Fe-
deral do Paraná.**

Orientadora: Roseli C. Rocha de C. Baumel

CURITIBA - 1986

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
1.1 - Justificativa.....	5
1.2 - Delimitação do Problema.....	6
1.3 - Formulação do Problema.....	6
2 - OBJETIVOS.....	7
3 - DEFINIÇÃO DOS TERMOS.....	8
4 - DESENVOLVIMENTO	9
4.1 - Aquisição da Linguagem Oral.....	9
4.1.1 - Generalidades.....	9
4.1.2 - Evolução da linguagem oral no indivíduo.....	10
4.1.3 - O Papel da imitação.....	13
4.1.4 - Sequência fonética - Estrutura lingüística.....	14
4.1.5 - Audição e linguagem.....	17
4.2 - Deficiência Auditiva e Educação Precoce.....	18
4.2.1 - Deficiência Auditiva - Etiologia.....	18
4.2.2 - Deficiência Auditiva - Diagnóstico.....	24
4.2.3 - Diagnóstico e Educação Precoce.....	26
4.3 - Orientações Preliminares.....	30
CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

INTRODUÇÃO

"A linguagem é, ao mesmo tempo, uma função e um aprendizado: uma função no sentido de que todo ser humano normal fala e a linguagem constitui um instrumento necessário para ele; um aprendizado, pois o sistema simbólico lingüístico, que a criança deve assimilar, é adquirido progressivamente pelo contato com o meio. Esta aquisição ocorre durante toda infância, no que o aprendizado da linguagem difere, fundamentalmente, do aprendizado da marcha ou da preensão, que constituem a seqüência necessária do desenvolvimento biológico, sendo idênticas em todos os seres humanos." (Cl.Launay, 1986).

Como principal consequência da surdez encontra-se uma perturbação, em menor ou maior grau, na aquisição da linguagem. São inúmeros os obstáculos que marcam a criança e dificultam seu desenvolvimento. Dependendo da etiologia da perda a criança surda apresentará melhor adaptação para este ou aquele método, e isto deverá ser percebido pela equipe responsável pela mesma. No entanto, independente desta ou daquela metodologia, pode-se afirmar que quanto mais precocemente for detectada a surdez e quanto mais precocemente for iniciado seu tratamento, maior será a habilidade da criança para assimilar novos conhecimentos e desenvolver uma linguagem com significado, considerando-se suas

capacidades psíquicas, motoras e intelectuais.

1.1 - Justificativa

"Quanto mais cedo se diagnosticar e tratar uma deficiência, tanto melhor será o prognóstico educacional da criança.

Desde o nascimento ou até mesmo antes deste, o médico, mais especificamente, o obstetra, pode alertar para o risco de uma deficiência.

Um trabalho de equipe (obstetra, pediatra, neurologista) ofereceria as condições ideais para que a criança pudesse ser examinada e observada a partir dos primeiros instantes de vida.

Neste período, é mais fácil surpreender uma deficiência física ou mental, do que uma deficiência sensorial. A deficiência auditiva geralmente, só é detectada na fase da aquisição da linguagem, e somente nos casos de fator genético é possível um diagnóstico mais precoce. Esta é a realidade do nosso meio.

São sumamente importantes a prevenção e a detecção da deficiência auditiva, em qualquer grau, e a identificação de suas possíveis causas, a fim de diagnosticá-la devidamente e lançar mão de todos os recursos que possam contribuir para evitá-la, ou minimizar seus efeitos. Os médicos pediatras sabem valorizar o alto interesse da detecção precoce, que pode ser feita com um mínimo de material e de conhecimentos práticos, através de jogos sonoros e aparelhos.

Em qualquer caso suspeito, deve-se diminuir, ao máximo, o período entre os testes informais e os formais, levando-se a criança imediatamente ao médico audiológico". (Ivete Vasconce -

los, 1982).

Mediante tal afirmação pode-se observar que a educação precoce está diretamente ligada ao melhor desenvolvimento da criança deficiente auditiva, principalmente a nível de linguagem interior e exterior. Dessa forma, um estudo a respeito dessa relação, visando um melhor esclarecimento para os pais e profissionais ligados a área, parece ser de grande valia.

1.2 - Delimitação do Problema

Este estudo abordou aspectos da Educação Precoce em crianças portadoras de Deficiência Auditiva, sua relação com a aquisição da linguagem pelas mesmas e orientação aos pais para um melhor desenvolvimento de tal processo.

Baseou-se em estudos já realizados por alguns autores, devido a restrição de tempo, recursos e materiais pelo pesquisador.

1.3 - Formulação do Problema

Este estudo enfocou a seguinte questão: Como a Educação Precoce pode auxiliar no desenvolvimento da linguagem oral do deficiente auditivo e como os pais podem ser orientados nesse sentido.

2 - OBJETIVOS

- a) Explicar o desenvolvimento da linguagem oral em crianças normais e em crianças portadoras de deficiências da Audiocomunicação;
- b) Demonstrar a importância da Educação Precoce em deficientes auditivos e sua relação com a aquisição da linguagem oral pelos mesmos;
- c) Subsidiar os pais no sentido de uma melhor estimulação da criança deficiente auditiva nos primeiros anos de vida.

3 - DEFINIÇÃO DOS TERMOS

a) Educação Precoce

É a utilização de técnicas e recursos, aplicados por equipe multidisciplinar, com participação efetiva da família, em crianças portadoras de problemas evolutivos, orgânicos ou ambientais, o mais cedo possível, com o objetivo de minorar suas dificuldades, possibilitando um desenvolvimento tão normal quanto possível.

b) Linguagem Oral

É um sistema auditivo-motor de símbolos comuns a uma determinada comunidade, que torna intelegível as emissões vocais utilizadas para a expressão de idéias e sentimentos.

c) Deficiência Auditiva

É a diminuição da capacidade auditiva, total ou parcial, por alterações no órgão auditivo, devido a problemas hereditário, congênito ou adquirido antes, durante ou após o nascimento, que impede ou torna deficitária a aquisição da linguagem, produzindo alterações na comunicação.

4 - DESENVOLVIMENTO

4.1 - Aquisição da Linguagem Oral

4.1.1 - Generalidades

"A linguagem oral põe em jogo um complicado mecanismo de coordenação neuromuscular de diferentes órgãos oro-faríngeos - laringeos, obedecendo isto à união de elementos básicos chamados "fonemas", em palavras com significado referente a um código pré-estabelecido pela língua materna. Tudo isso constitui um fenômeno que não poderia instalar-se sem o adequado desenvolvimento de certas possibilidades e capacidades fisiológicas determinadas pela normal integração e maturação do Sistema Nervoso Central.

Antes da organização desses padrões ou estereótipos fonêmicos - unidades básicas da linguagem articulada - existe uma fase de atividades proprioceptiva da musculatura laríngea, orofacial e respiratório, em sua maioria do tipo reflexo e involuntário (funções vegetativas primárias) tais como a sucção, deglutição, respiração, mastigação, etc; estes aspectos ocupam as aprendizagens essenciais (conjuntamente com a evolução posturo-motriz) desde o nascimento até um ano e meio de idade. É sobre o uso destas práticas funcionais e proprioceptivas e a análise

auditiva do material sonoro do meio ambiente que será possível fazer a transição de uma etapa funcional-reflexa para outra volitiva e consciente." (Sanchez, 1984).

4.1.2 - Evolução da linguagem oral no indivíduo

"Ao vir ao mundo, a criança chora, é a sua primeira manifestação, provocada pela entrada de ar nos pulmões e pela mudança de temperatura, é um ato meramente "mecânico"; seu choro é um reflexo involuntário. Observa-se aí, uma expiração forte, uma adução brusca das cordas vocais e uma ressonância buco-nasal.

Os choros de desagrado que vem, depois, são então, reflexos voluntários e o início de uma manifestação lingüística, pois traduzem sentimentos de mal-estar, fome, sede, etc...

No primeiro semestre, o bebê começa suas primeiras atividades que constituem o que podemos dizer "jogo vocal". Ele põe-se a brincar com sua própria voz e com os ruídos que a sua língua e os seus lábios produzem. Esta atividade é um verdadeiro jogo, pois inclui a repetição incessante e, aparentemente, sem motivo de sons vocais.

O "jogo vocal" produz-se, especialmente, nos momentos de tranquilidade fisiológica, quando não há estímulos externos demasiado intensos que desviem a atenção da criança e quando as suas necessidades estão satisfeitas.

Neste período começa a sentir-se outro elemento de suma importância, é a participação do analisador auditivo que mais tarde, se incluirá nas funções da fala. A criança passa, então, a

imitar os sons que ouve dos adultos só para divertir ou agradá-los.

Numa criança normal, as primeiras expressões fônicas surgem quando há formação e memorização das imagens auditivas e visuais associadas ao desenvolvimento da coordenação muscular. Ela regula os sons que emite, através do processo de auto-regulação auditiva.

O "jogo vocal" da criança portadora de deficiência auditiva é diferente. É pobre, monótono e amiúde, se extingue por falta da denominada "retroalimentação auditiva", geralmente durante o segundo semestre de sua vida.

Aos cinco meses, a criança deve sorrir ao ouvir a voz de sua mãe. Começa a responder de maneira mais seletiva a voz humana, girando a cabeça em direção ao som.

Aos seis meses a criança começa a regular os sons do jogo vocal pelos sons da linguagem que se fala em torno dela. Esta etapa é de suma importância como fenômeno fisiológico, não só atua a inibição que vai suprimindo todos os sons que não são adequadamente reforçados, como também, a imitação vai reforçando todos os sons que são característicos da língua que se fala ao redor da criança.

Dos seis aos oito meses, há uma certa inibição a criança embora pouco fale, está acumulando lembranças fônicas auditivas e visuais que associa com a sua significação afetiva. Neste período, a criança vai incorporando os primeiros feitos próprios da compreensão da linguagem, ela começa então a ligar uma palavra determinada a objetos relacionados com a sua vida infantil, com

as suas atividades vitais, como por exemplo: a mãe, a alimentação, o sono, o jogo, etc... Os primeiros significados que adquire estão, inegavelmente, ligados a tudo que constitui o seu interesse biológico central.

Isto progride, pois a aquisição de significados é sumamente rica ao terminar o primeiro ano de vida e; que praticamente , cresce dia a dia.

No terceiro semestre, a aquisição de palavras ao lado do aumento da compreensão da linguagem vem em rápido desenvolvimento. Essas palavras ligam-se a objetos concretos que têm uma íntima relação com os interesses biológicos principais da criança.

No quarto semestre, a linguagem infantil caracteriza-se por uma progressiva integração dos elementos da linguagem, regidos muito especialmente, pela riqueza de influência social. Esta influência social veiculiza-se, precisamente, como uma aprendizagem, cuja expressão mais corrente é a imitação. Neste período , aparece a "palavra-frase", em que um só vocábulo tem a propriedade de transmitir um conteúdo comunicativo amplo e de significado completo.

Numa criança normal, a própria mãe e os demais familiares estimulam o desenvolvimento da linguagem, eles conversam com a criança, nomeiam objetos, treinam a sua atenção, fornecem - lhe sensações... o que muito favorece à aprendizagem da sua fala, já que a fala é aprendido por imitação. Alguns pais, no entanto, desconhecem a importância dessas fases iniciais tão importantes no desenvolvimento da linguagem.

A criança surda de nascimento, se não lhe é ensinado, não adquire a linguagem. A criança pequena que fica surda, antes da fixação dos engramas de sua fala, isto é, antes dos seis anos de idade, perde toda a linguagem articulada que havia adquirido, à menos que cedo seja reeducada de modo intenso." (Canongia, 1981).

4.1.3 - O Papel da imitação

"A linguagem surge como resultado do processo de imitação da língua materna, o qual propõe à criança os modelos verbais que pouco a pouco vai interiorizando.

Ainda que o começo da fase claramente imitativa esteja em torno dos nove meses, tem sido frequentemente destacada a importância do elemento melódico na aprendizagem da linguagem. Certamente, dentro do período pre-linguístico existe uma fase musical (entre os 4 e 12 meses) em que a criança se interessa vivamente pelo aspecto melódico das palavras e capta seu conteúdo expressivo apesar de estar longe de compreender o significado das mesmas. Imite assim a entonação e o acento da linguagem, a qual permite chegar a uma primitiva classificação dos "sinais" fônicos.

Mas a etapa imitativa-fonética da linguagem se incrementa com notável força desde os nove meses de idade; isto não pressupõe uma atividade mecânica nem passiva por parte da criança, sinal que pelo contrário efetua um processo ativo de "seleção" entre a extensa gama de emissões da etapa de balbúcio e silabação, de que aqueles sons claramente diferenciados que estão de acordo com o código linguístico da língua materna.

Adquirem-se assim os fonemas, como valores permanentes da linguagem não como uma exercitação importa pela curiosidade, sinal que atingiu a capacidade de fazer uma discriminação auditiva mais consciente e seletiva que nas etapas anteriores. A respeito disso é bem sabido que a simples recepção do estímulo sensorial qualquer desencadeia uma série de processos mentais e mecanismos associativos mais ou menos complexos. Se nos voltarmos ao sistema auditivo veremos que sua normalidade funcional requer em primeiro lugar a integridade do aparato auditivo (ouvido externo, médio e interno) que assegure a condução do estímulo sonoro-agora transformado em impulso nervoso - até os analisadores centrais, onde tal impulso é decodificado e adquire significação. Os processos básicos que dão continuidade ao estímulo são:

- ouvir - Supõe a integridade do aparato auditivo.
- escutar
- identificar
- reconhecer
- reproduzir Supõe a integridade do analisador auditivo.
- comparar
- analisar
- ordenar

Todos esses mecanismos são assimilando-se lentamente, desde o estágio pré-lingüístico até o estágio lingüístico propriamente dito, ocorrendo em primeiro lugar, a interiorização dos padrões ou estereotipos fonêmicos, e posteriormente das palavras (estereotipo motor-verbal)." (Sánchez, 1984).

4.1.4 - Sequência fonética - Estrutura lingüística

"Ao mesmo tempo que a criança começa a diferenciar as pala-

avras que ouve, aprende a modificar sua conduta com relação a elas, compreende o significado de uma situação não só pelo simples fato de ouvir a palavra ou frase emitida pelo adulto, mas por todo contexto global em que se encontra integrada essa palavra ou frase, ligada a outros estímulos do tipo visual (percepção do objeto), táteis, olfativos, etc. Esta união de afecções no córtex e o reforço das mesmas por sucessivas repetições determinam a afirmação de sólidos engramas e modelos frente a linguagem.

Quando a sequência de aparição dos elementos lingüísticos , Jakobson opina que inicialmente aparece a emissão da vogal "a" e uma consoante oclusiva bilabial (b,p,m) sons que estão presentes de forma sistemática em qualquer sistema lingüístico. A teoria de Jakobson se baseia no dato de que a aprendizagem da linguagem se desenvolve a partir dos elementos mais pequenos, seguindo um processo estruturado em que cada elemento tem sua razão de ser por oposição ou contraste com os demais.

Em geral se considera que o bebê emite, primeiramente, sons vocálicos, seguidos mais tarde de consoantes bilabiaais, guturais e dentais, paralelamente com o progressivo domínio das zonas orais que participam da alimentação (desde a sucção até a aparição dos dentes).

Desde o ponto de vista estrutural da linguagem as primeiras emissões e combinações das palavras (palavra-frase) aparecem e se incrementam com grande rapidez desde os 18 meses de idade. A partir desse momento, a criança adquire um sistema semântico próprio de acordo com as tendências cognitivas de sua mente, que

não é uma mera abreviação ou reprodução do sistema adulto; cada vez com maior clareza, utiliza os meios linguístico escassos dos quais pode dispor, para elaborar criativamente um sistema próprio de expressão.

As primeiras emissões de frases de duas palavras combina a estrutura substantivo-substantivo (bebê-cadeira, papai-carro). O alcance semântico dessas frases vai muito além do que o significado objetivo dado pelos adultos. Características próprias da linguagem infantil nesta etapa tendem à regularização (conjugar verbos irregulares como sendo regulares) e as generalizações (denominar com o mesmo nome elementos com características comuns: "papai" para designar qualquer pessoa do sexo masculino, "au-au" para qualquer animal com quatro patas, etc...)

A respeito da aquisição da linguagem, Chomsky assinala que a mente da criança está "predeterminada a processar classes de estruturas que caracterizam a linguagem humana, chegando a uma espécie de gramática transformacional de sua língua materna". O sistema gramatical não está determinado inatamente, sinal que a criança possuiria, segundo esta teoria, os meios inatos para criar estruturas próprias de linguagem.

Na medida em que as palavras funcionam como representação do objeto ou da ação, a linguagem se interioriza, aspectos este que põe manifesto uma forma de pensamento simbólico; o valor da linguagem com o substituto da realidade permite ao pensamento libertar-se do imediato, projetando a criança à uma dimensão exterior a ela, e a alcançar, lenta, mas progressivamente, maiores possibilidades de abstração (pensamento formal - 12 anos)." (Sánchez, 1984).

4.1.5 - Audição e linguagem

"Pode considerar-se que a criança com inabilidade nas áreas motriz, intelectual ou sensorial, apresenta uma série de capacidades que não consegue desenvolver. Tudo isso afeta, em maior ou menor grau, a sua personalidade e afetividade, criando dificuldades de comunicação mais ou menos notórias.

Em condições normais, o processo de comunicação se estabelece nos primeiros meses de vida e dentro do período pré - lingüístico, no qual a criança elabora e assimila o material sonoro a sua volta, graças às possibilidades anatomo-funcionais determinadas pela maturação do Sistema Nervoso Central.

Mas, muitas vezes, o processo não é possível porque a criança não recebe estímulos auditivos com normalidade, devido a uma lesão do órgão auditivo que impossibilita a percepção sonora. Este é o caso de crianças surdas ou hipoacúsicas graves com mais de 90 decibéis de perda auditiva, cujo treinamento e estimulação precoce exerce um papel fundamental no êxito do tratamento dirigido à oralização.

Diferente é o caso das hipoacusias do tipo médio com perda auditiva compreendida entre 30 e 60 decibéis por alteração no mecanismo condutivo (ouvido médio), perceptivo (ouvido interno) ou de índole mista; isto ocasionará a percepção inadequado ou distorcido dos estímulos e em especial, do material fonético da língua materna, básico para o normal estruturação da fala e da linguagem." (Sánchez, 1984)

Quanto mais acentuado a hipoacusia , mais tardiamente se ins-

talará a linguagem. As dificuldades podem variar desde dislalias, caracterizada por omissões e confusões de fonemas, cujo ponto articulatório ou forma é similar, até estruturação deficitária da fala, quase telegráfica, com agramatismos e falhas sintáticas.

O planejamento reeducativo de crianças surdas ou hipoacúsicas varia notavelmente em função do correto diagnóstico estabelecido. O tratamento, ora médico, ora cirúrgico ou combinado, dependerá da etiologia do caso em questão.

O problema é, portanto, amplo e profundo. O diagnóstico, e mais ainda a precocidade do diagnóstico, são elementos fundamentais para evitar a "deteriorização" psicológica do paciente iniciando o mais depressa possível o tratamento.

4.2 - Deficiência Auditiva e Educação Precoce

4.2.1 - Deficiência Auditiva - Etiologia

"As surdez da criança têm aspectos e consequências muito diferentes em função de sua localização. A patologia do aparelho timpano-ossículas de transmissão dos sons está ligada essencialmente a distúrbios de funcionamento da trompa de Eustáquio e à patologia nasofaríngea, ou a comprometimentos infecciosos que se tornam crônicos. Em contraposição, a orelha interna está exposta a alterações ligadas à vascularização (a artéria auditiva é terminal) ou à patologia neurossensorial que compromete as células ciliadas e as vias nervosas. As primeiras ocasionam uma simples elevação do limiar tonal, surdez de trans-

missão; as últimas ocasionam, ao mesmo tempo, uma elevação do limiar tonal e modificações frequentemente importantes do campo auditivo.

As surdezes de transmissão, de longe as mais freqüentes, alteram pouco o aprendizado da linguagem, a menos que sejam muito acentuadas e precoces. Nas malformações da orelha média, que estabelecem uma barreira entre o meio acústico e a orelha interna, a captação da fala não pode ser feita em seu nível normal.

a) O comprometimento congênito do aparelho de transmissão dos sons (pavilhão, conduto auditivo e caixa do tímpano) ocasiona uma surdez, que impede uma relação acústica suficiente, se duas orelhas estiverem comprometidas. Foram descritas diversas síndromes, conforme existam, ou não, outras malformações: síndrome de Franceschetti, disostose mandíbulo-facial, doença de Lobstein- Vander Hoeve em que existe uma fragilidade óssea com hiperflexibilidade ligamentar que compromete igualmente o aparelho ossicular da orelha média, síndrome de Apert-Crouzon, síndrome de Marfan. A atresia unilateral não tem repercussão na linguagem; apenas a discriminação da fala em ambientes ruidosos ou a localização das fontes sonoras são perturbadas. Uma malformação bilateral justifica, em contraposição, uma intervenção que tente estabelecer a passagem dos sons para a orelha interna.

Em caso de insucesso, é necessário fazer a criança usar uma prótese auditiva e submetê-la simultaneamente a uma reeducação fonoaudiológica.

b) Os comprometimentos auditivos ligados a uma má aeração da caixa do tímpano são passíveis de um tratamento ORL: ablação das

vegetações adenóides e massagens tubárias, tratamento da patologia nasal, eventualmente, curas termais com insuflação de ar pela tuba.

c) As otites crônicas da criança podem também dividir-se em três grupos. As otorréias tubárias em que, a favor de uma perfuração da membrana do tímpano, seqüela de uma otite aguda mal curada ou particularmente necrosante, as secreções mucosas do cavum e da tuba escorrem pelo conduto auditivo externo. Um tratamento médico local, frequentemente é bem sucedido; a miringoplastia permite fechar a perfuração. A repercussão sobre a linguagem é nula, mas pode existir uma certa perturbação da escolaridade que habitualmente requer apenas recomendações para a professora. Os otorréias infecciosas são muito mais perigosas. Elas traduzem um comprometimento crônico da mucosa da orelha média e, em geral, uma osteíte de suas paredes e ossículos. O comprometimento é mais importante e, apesar do tratamento local e dos diversos, tipos de tímpanoplastia que podem ser realizados, algumas vezes é necessário o uso de prótese auditiva. A persistência da otorréia torna difícil o uso de uma prótese por via aérea, além disso, é importante seguir de perto o estado otológico de crianças assim aparelhadas. Só se recorre ao vibrador mastóideo em caso de impossibilidade absoluta de se secar a orelha.

As otorréias colesteatomatosas têm sem prognóstico mais reservado. O colesteatoma é, por natureza, um reservatório de germes patológicos e erode o osso que o circunda levando à descoberta do nervo facial, do labirinto ou das meninges, com to-

das as complicações potenciais que isto representa. Aqui, a indicação cirúrgica é mais frequentemente formal; a prótese torna-se subsequentemente necessária na maioria dos casos. A necessidade de se obter a cura radical do colesteatoma nem sempre permite a conservação de uma transmissão acústica dos sons para a orelha interna útil.

d) As surdeses de percepção não podem ser observadas por um simples exame otológico; a membrana do tímpano e a orelha média são normais. A alteração compromete a orelha interna, portanto, o audiograma por via aérea e via óssea. As deformações da fala são mais importantes quando a lesão está situada nas vias nervosas. A possibilidade de recuperação da audição é excepcional e só existe em alguns casos de surdez adquirido, no período subsequente ao comprometimento auditivo. A surdez é frequentemente estável, imagem de uma seqüela, ou evolutiva, em certos casos de surdez familiar. As melhorias, algumas vezes assinalados são decorrentes de uma melhor discriminação de sons fracos e não de uma regressão da surdez.

Pode-se considerar que cinco crianças em mil devem ser educadas e acompanhadas medicamente e maneira particular, em decorrência de sua surdez. É este grupo que apresenta os importantes retardos de linguagem e fala e os distúrbios de comunicação e comportamento que são descritos na surdez da criança.

Podem ser distinguidas quatro categorias etiológicas destas surdezes:

1. As deficiências auditivas de ordem genética: Difícil de confirmar esta etiologia. De fato, o cariótipo só se modifica de

maneira evidente num limitado número de casos (trissomia 11, por exemplo) e as avaliações genéticas não mostram todas estas surdez, pois é necessário que vários casos tenham aparecido na família para afirmar que uma surdez é de origem genética. Sua descoberta é importante, pois este é um dos problemas colocados pelo casamento dos surdos entre si, o que, por razões muito compreensíveis de facilidades de comunicação, acontece frequentemente.

Quando a surdez é constatada ao nascimento, diz-se que ela é congênita. Este grupo engloba, então, as surdezes genéticas. Este grupo engloba, então, as surdezes genéticas e as que aparecem durante a gestação e parto. Frequentemente, elas são constitucionais e, algumas vezes ligados a outras malformações.

As surdezes degenerativas, em contraposição, surgem a uma idade variável. Pode-se constatar a presença de surdezes degenerativas durante o primeiro ano de vida, enquanto a audição era normal ao nascimento. Frequentemente, elas iniciam-se na adolescência ou na idade adulta. Entre elas, encontra-se a otospongiose, comprometendo a cápsula ótica e a janela vestibular, mas traduzindo-se igualmente por surdezes da orelha interna: numa família de indivíduos otospongióticos, não é raro encontrar, nas crianças, surdezes moderadas, severas ou profundas, ligadas a um déficit da orelha interna. As surdezes degenerativas põem dois problemas: sua protetização é discutida, pois é sempre possível que uma amplificação dos sons provoque um agravamento da surdez, ainda que isto nunca tenha sido provado; por outro lado, se se trata de uma criança pequena, é necessário auxiliá-la

a desenvolver rapidamente a leitura labial e acelerar as aquisições escolares orais, assim como o aprendizado da leitura.

As surdezes associadas apresentam-se de numerosas formas, segundo as associações: lesões oculares, síndrome de Alport, comprometimento tireoidiano da síndrome de Pendred, comprometimento mental com malformações complexas.

As surdezes associadas estão ligadas a morfodisplasias, a histodisplasias ou ainda a distúrbios metabólicos (mixedema) e a degenerescências.

2. As deficiências de origem pré-natal comprometem o desenvolvimento do embrião ou dão origem a fetopatias.

a) Embriopatias: ligadas mais frequentemente a um comprometimento infeccioso da mãe, em particular, a rubéola, durante o segundo e o terceiro meses de gestação. As lesões da orelha interna podem estar associadas a malformações cardíacas e, sobretudo, oculares. Quase todos os surdos-cegos apresentaram uma embriopatia por rubéola.

b) Fetopatias: A incompatibilidade sangüínea domina, acompanhando, o mais frequentemente a impregnação nuclear (termicterus). Neste grupo, entram igualmente certas intoxicações teratogênicas, atualmente mal conhecidas, e as hemorragias da gravidez durante os primeiros meses e talvez ainda até o 6º mês.

3. Os comprometimentos neonatais ligados à prematuridade, anóxia, traumatismo obstétrico (distócias, aplicação de fórceps).

4. Os comprometimentos infantis dos quais podem ser distinguidos quatro grupos:

5

a) As causas infecciosas seja por: neurolabirintite, seja por meningite ou ainda comprometimento otítico com repercussão labiríntica.

b) Os tóxicos exógenos, tais como estreptomicina, a quinina.

c) As causas traumáticas, essencialmente, com fratura do rochedo, que produzem (como algumas raras formas de meningite) surdez totais.

d) Os comprometimentos metabólicos, tais como o mixedema da infância, o diabetes infantil, alguns distúrbios protéicos que se associam a debilidade.

Todas estas formas etiológicas podem provocar surdez profundas, severas ou leves, sem que se possa indicar um grau realmente dominante. Contudo, parece que as formas genéticas, frequentemente, são surdez profundas." (Launay - Maissonny, 1986).

4.2.2 - Deficiência Auditiva - Diagnóstico

"Os antecedentes da criança examinada, os exames clínicos ORL, neuropsiquiátrico e oftalmológico, os exames paraclínicos (eletroencefalografia, radiologia, cariótipo, hematologia, vestibulometria, eletroneistagmografia) permitem precisar a origem da surdez e as repercussões secundárias ou as lesões concomitantes. Os estudos psicológico e audiológico mostram o grau de comprometimento auditivo, de maturação psicológica e o comprometimento eventual do comportamento ou do nível mental.

Deste modo, podem ser postas em evidência formas associadas, alterações que são:

- habitualmente ligadas à surdez e provocadas pela mesma etiologia;

- frequentemente correlacionadas, em que se possa afirmar a existência de uma causa comum;

- independentes, mas de um conhecimento necessário para o diagnóstico clínico e orientação, sobretudo em casos de debilidade.

Podemos distinguir:

- a) Displasias associadas

- b) Alterações funcionais, quer comprometam um outro órgão sensorial, quer um órgão motor.

- c) Distúrbios mentais e de comportamento que podem ser: uma debilidade que vai de um ligeiro comprometimento até a idiotia, distúrbios de comportamento e comprometimentos psíquicos.

Segundo a importância do comprometimento tonal da audição, tornando-se a média das frequências 500, 1000, 2000 Hz, frequência ditas de conversação, pode-se classificar a deficiência auditiva num dos seguintes grupos:

1. Audição normal ou sensivelmente normal-limiar inferior a 20 dB. A criança não tem dificuldade de percepção da fala, mas pode ter uma certa imprecisão articulatória.

2. Deficiência Auditiva leve - Limiares entre 20 e 40 dB. Os fonemas da fala não são todos igualmente percebidos; a voz fraca ou longínqua não é ouvida. A criança, em geral, é considerada desatenta e pede que os outros repitam o que dizem. A inteligência social é baixa. Se uma terapêutica não permite a reabilitação, uma prótese virá sem muita dificuldade, trazer o nível de

audição a um grau compatível com uma vida normal.

3. Deficiências auditivas médias-limiare entre 40 e 70 dB. O limiar encontra-se no nível habitual da fala; é preciso uma voz de uma certa intensidade para que seja convenientemente percebida. O retardo da linguagem é frequente, do mesmo modo que os distúrbios da articulação.

4. Deficiências auditivas seceras-Limiare entre 70 e 90dB. Apenas a voz é percebida. Se o meio familiar for atento, pode-se desenvolver uma certa linguagem; senão, a criança atinge a idade de 4 ou 5 anos sem saber falar.

5. Deficiências auditivas profundas - Limiars superiores a 90 dB. Estas crianças sem reeducação apropriada são mudas; elas percebem apenas ruídos muito fortes (motores potentes, batidas violentas, gritos perto da orelha).

6. Cofose total - são excepcionais.

O diagnóstico da surdez compreende, portanto dois aspectos: precisão do déficit sensorial e do nível de linguagem comprometido e determinação do comprometimento intelectual e motor. A orientação é determinada levando-se em conta estes aspectos para permitir a reabilitação melhor adaptada para cada criança." (Launay - Maissonny, 1986).

4.2.3 - Diagnóstico e Educação Precoce

A deficiência auditiva pode ser detectada antes do primeiro ano de vida. Esta detecção precoce é muito importante, principalmente no que diz respeito às possibilidades de um melhor desenvolvimento da comunicação por parte das crianças portado-

ras de tal deficiência.

As atuais provas clínicas de audição para crianças pequenas com suspeita de perda auditiva consistem, sobretudo, na observação de suas reações frente a uma grande variedade de sons, fortes e suaves, agudos e graves, em cabines especiais e em condições cuidadosamente controladas.

Geralmente, a criança com 5 meses, ainda que não volte a cabeça em direção ao som, apresenta tipos variados de respostas frente ao mesmo: ligeiro movimento de olhos, retração das pernas, retração das mãos, interrupção de seus movimentos, variação respiratória...

Após os 5 meses, a criança tem suficiente controle muscular e interesse no ambiente que está ao seu redor, voltando a cabeça para localizar a origem dos sons. As observações, então, são mais seguras.

Entre 12 e 18 meses, a criança já é capaz de pronunciar algumas palavras e responder a certas ordens orais simples, como por exemplo: "onde está a mamãe?". O diagnóstico de deficiência auditiva torna-se mais preciso.

Aos 2 e 3 anos de idade o nível de compreensão da criança pode ser melhor explorado.

Devemos ter em mente que respostas negativas a essas observações nem sempre denotam surdez. Mas essas respostas, unidas a outras provas e as observações feitas pelos pais (por exemplo : se a criança desperta facilmente com os ruídos, se reage de alguma forma quando é chamada e se balbucia, se reage aos sons da

fala das pessoas que estão diariamente com ela, etc...), tornam possível determinar a presença ou não de uma perda auditiva.

Em qualquer caso suspeito, deve ser iniciado o mais rapidamente possível um tratamento especializado, com orientação e ajuda paralela dos pais.

O uso de prótese auditivas, quando possível, são muito importantes no sentido de aproveitar os resíduos auditivos, presente em quase todas as crianças com deficiência auditiva. Ainda que não chegue a perceber a linguagem como ouvimos, conseguirá adquirir certa compreensão da mesma. Quanto mais precocemente se iniciam o uso da prótese e dos métodos de aprendizagem, maiores as possibilidades de bons resultados.

Segundo Wetnall e Fry, a habilidade do ser humano para interpretar sons é aprendida, em grande extensão, durante os primeiros anos de vida, conhecidos como o período de prontidão para ver e ouvir.

É necessário, portanto, aproveitar este período o mais propício à aprendizagem da criança para iniciar-se o programa de educação Precoce, no qual valoriza-se a necessidade de um atendimento global da criança, enfatizando o aproveitamento da audição residual e o desenvolvimento da comunicação.

Sabe-se que nos primeiros meses de vida, os gritos e sons vocais da criança com deficiência auditiva (manifestações espontâneas e primitivas da linguagem) parecem iguais a das crianças que ouvem. Com o tempo, como não pode ouvir seus próprios sons, ainda que os sinta, tende a manter-se relativamente calada. Sem o estímulo necessário para desenvolver sua linguagem oral, mes-

mo tendo os órgãos para formação intactos, permanece muda.

Neste ponto reside o maior objetivo da Educação Precoce. Se a criança surda balbucia, então é capaz de falar. Os pais deverão estar bem orientados nesse sentido, para evitar que a criança perca essas manifestações orais. A criança deficiente auditiva deve estar constantemente recebendo estímulos orais. Todas suas atividades devem proporcionar-lhe modelos orais de linguagem, pois se a linguagem se desenvolve pela imitação do que a criança ouve ao seu redor e de si mesma, sua tendência é utilizar a linguagem para ampliar o contato com o meio ambiente e para controlá-lo.

Segundo Schlesinger, quando uma criança cresce, ela se volta intensamente aos seus semelhantes ouvintes, para um crescimento pessoal, aprovação e "estilo" de comunicação. Aprende de acordo com suas possibilidades e oportunidades. A Educação Precoce auxilia no sentido de orientar pais e profissionais a uma melhor reabilitação da criança, em todas as suas potencialidades, dando subsídios tanto a nível de diagnóstico quanto ao plano de atendimento à criança. Estímulo a comunicação oral, mas não está fechada exclusivamente à ela. Permite a criança desenvolver uma "comunicação": aprender, compreender e intercambiar pensamentos, sentimentos e idéias.

Os pais são para as crianças a fonte de experiência, que formará a base a qual toda a aprendizagem subsequente será estruturada. Sentindo-se aceita e amada notará que o afeto deles por ela não se modifica por causa de seu problema, e isto tenderá a diminuí-la.

Logo, a família do deficiente auditivo será a mola-mestra que, bem orientada e mobilizada, poderá ser a base de expansão de todo o processo terapêutico.

A precocidade do atendimento será uma das medidas favoráveis às expectativas gerais, quer da família, quer dos profissionais ligados a reabilitação da criança. Só através dessa precocidade será possível um crescimento mais rico por parte do deficiente, e só através dele, também, poderá ser facilitado um trabalho futuro e promissor.

4.3 - Orientações Preliminares

No trabalho de "Educação Precoce", é muito importante a "orientação aos pais e familiares".

Os pais são as pessoas mais importantes em todo o processo educativo da criança, desde que sejam: esclarecidos, orientados e envolvidos.

Pois bem informados e orientados têm um papel positivo na educação do filho, que começa no lar e continua na escola. Da atitude com relação à criança vai depender todo o futuro sucesso da educação.

A descoberta de uma deficiência no filho causa impacto e desestrutura toda a dinâmica familiar. Sentimentos naturais de medo, dor, desapontamento, revolta e culpa são encontrados nos pais, imediatamente após a descoberta da problemática, sentimentos esse que, às vezes, perduram por muito tempo.

Por isso se faz necessário um diagnóstico com orientação. Todo o trabalho com a criança poderá tornar-se ineficaz se o

enfoque educacional não enfatizar e valorizar essa orientação.

Um trabalho a nível psicológico ou psicoterápico leva os pais a compreenderem seus sentimentos em relação a deficiência do filho, preparando-os, posteriormente, para colaborarem no processo educacional.

Paralelamente eles necessitam receber informações detalhadas sobre: causas, grau e tipo de perda, possibilidades, dificuldades, etc. Estas informações precisam ser claras, objetivas e relacionadas com as características individuais de cada caso. Os pais precisam ser colocados em nível de expectativas, realistas e humana. Somente assim poderão tornar-se participantes na educação e reabilitação dos seus filhos.

É imprescindível e básicos na educação do deficiente auditivo, que as necessidades da criança sejam consideradas como um todo. A aquisição dos meios normais naturais de comunicação é essencial se quer que a criança faça parte do mundo dos ouvintes. Os aspectos mentais, sociais, educacionais e psicológicos do desenvolvimento e crescimento da criança devem também ser considerados para que o programa de orientação aos pais atinja um completo sucesso.

O objetivo fundamental da orientação é o de desenvolver, nos pais, a confiança e habilidade em treinar suas crianças para a aquisição e retenção de uma atitude normal com relação à fala e linguagem, procurando-se ensinar a criança a compreender a fala, encorajando-a a vocalizar e fazer tentativas espontâneas para falar.

É nas situações do dia a dia que aparecem as melhores o-

oportunidades para o desenvolvimento da fala e é tarefa dos pais tornar estas situações úteis para as crianças. Sendo assim, os pais precisam ser guiados em como fazer o melhor uso destas situações a fim de beneficiar a criança.

A mãe de um bebê normal fala com ele por frases, e o mesmo procedimento deve ser usado no caso da criança com deficiência auditiva, para que possa adquirir os padrões corretos da linguagem.

Deve-se, antes de tudo, prover a criança com linguagem e experiência, e isto não é feito através de palavras soltas. Não importa se a criança responde imediatamente. O importante é que ela estará recebendo e irá, mais tarde, responder nos mesmos padrões.

Os pais estarão proporcionando à criança um ambiente que possibilita segurança e crescimento se a tratarem como um ser normal, verbalizando toda e qualquer situação; se derem espaço à sua participação na vida familiar; se ajudarem seu desenvolvimento de forma imaginativa e construtiva; e se proporcionarem as atividades especiais dos quais necessita.

O ensino da linguagem também se fará com participação ativa dos pais. Para que o bebê deficiente auditivo aprenda a falar, dois princípios essenciais regem a atuação dos pais:

a) esforço para conservar a atenção que todas as crianças, desde a mais tenra idade, dirigem para os rostos das pessoas que as cercam;

b) esforço para conservar o balbúcio, próprio das crian-

ças de 1 a 2 anos (mesmo deficientes auditivos), para levá-los, se possível, a prestar atenção em suas próprias impressões auditivas.

Portanto, desde o primeiro ano de vida, o bebê deficiente auditivo deve estar mergulhado num ambiente oral, pelo qual e para o qual é educado. Somente num ambiente em que se fale muito, é possível aprender falar uma língua.

Se os pais forem orientados na prática destes conselhos, assumirão mais rapidamente a responsabilidade e trabalharão com fundamentada coragem e esperança em direção a uma melhor reabilitação de seus filhos.

CONCLUSÃO

Através da linguagem pode-se conhecer, dominar e entender o universo que nos rodeia. Somos capazes de conhecer o nome de pessoas e objetos, nomeá-los e fixá-los em nosso pensamento, fazê-los nossos e memorizá-los. Experimenta-se, desse modo um certo poder sobre as coisas, e assim, há valorização da pessoa por pertencer ao mundo que está ao nosso redor.

A criança com deficiência auditiva, é, muitas vezes, privada de muitas das experiências e oportunidades de aprender de que gozam as crianças normais na maioria das vezes, tem que fazer esforços constantes e consideráveis para alcançar certas coisas que a criança comum adquire com relativa facilidade.

Torna-se importante, portanto, compreender exatamente o que significa, para a criança, o seu defeito, e como isso influencia em sua vida, para que possa se facilitar uma parentização em todas as direções possíveis.

A diagnóstico e a educação precoce, bem como a orientação aos pais, são fundamentais para que a aprendizagem da criança não fique muito defasada em relação a de outras crianças. Um trabalho direcionado, visando um desenvolvimento global de suas capacidades, iniciado nos primeiros anos de vida, será a

melhor maneira para dominar e reduzir suas frustrações.

Só através de um plano positivo para sua reabilitação e educação, o mais precoce possível, seremos capaz de desenvolver na criança deficiente auditiva o desejo de comunicar-se com outras pessoas, e em conseqüências, assumir seu papel dentro da comunidade.

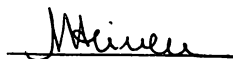
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- a - BOWLEY, Agatha H. & GARDNER, Leslie. El niño disminuido Buenos Aires, Panamericana, 1976.
- b - CANONGIA, Marly Bezerra. Manual de terapia da palavra, Anatomia, Fisiologia, Semiologia e o Estudo da Articulação e dos Fonemas. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu Ltda., 1981.
- c - HOLLE, Britta. Desenvolvimento Motor na Criança Normal e Retardado. São Paulo, Editora Manole Ltda., 1979.
- d - LAUNAY, Cl. & MAISONNY, S. Borel. Distúrbios da Linguagem, da Fala e da Voz na Infância. São Paulo, Roca, 1986.
- e - PERELLÓ, Jorge. Audiofoniatria y Logopedia. Barcelona, Editorial Científico Médica, 1978.
- f - SÁNCHEZ, Inés Bustos. Discriminacion Auditiva y Logopedia. Espanha, Ciências de La Educacion Preescolar y Especial, 1984.
- g - SEBASTIAN, Gonzalo de. Audiologia Prática. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1979.
- h - SPINELLI, Mauro. Foniatria - Introdução aos distúrbios de comunicação: Audição/Linguagem. São Paulo, Cortez & Moraes, 1979.
- i - WERNICKE, Carlos. El zurdo y see mundo. Buenos Aires, Panamericana, 1980.

Periódicos:

- j - Jornal Brasileiro de Reabilitação Vocal (7) II: 24, 1981.
- L - Jornal Brasileiro de Reabilitação Vocal 3 (9) III: 34, 1982.

Curitiba, Novembro de 1986.



Pesquisadora: **Maristella Heinen**